

Artritis séptica

**Angelisa Bonilla
de Franceschini, MD**

Patóloga clínica y anatómica
Director Médico Laboratorios Borinquen.

Directora Dpto. de Patología,
Universidad Central del Caribe.



Definición y patogénesis

La artritis séptica es una inflamación articular causada por una infección (por bacteria, virus, hongo o parásito). El proceso se suele iniciar a distancia de la articulación y migra por vía hematogénea.¹ A veces el patógeno entra por una lesión en forma directa a la articulación o –muy raramente– por actos quirúrgicos o inyecciones articulares.² La respuesta inmunológica suele mostrar leucocitos en el líquido sinovial y liberación de sustancias inflamatorias que afectan la superficie articular. También se pueden formar anticuerpos que atacan “equivocadamente” el tejido articular. Puede ocurrir a cualquier edad, pero cerca de la mitad de los casos ocurren en mayores de 60 años.

El gonococo patógeno –*neisseria gonorrhoeae*– es la bacteria más común (suele comprometer solo una articulación y en el 75% de los casos se da en jóvenes activos sexualmente). Otras son el estafilococo (*s.aureus*, poliarticular), estreptococo (fiebre reumática) y estreptococo B (articulaciones esternoclavicular y sacroiliaca). Los virus más reportados son VIH, hepatitis B, hepatitis C, parvovirus B-19 y Epstein-Barr.

En estudios se ha encontrado que la edad, la diabetes mellitus, la artritis reumatoide, la gota, la cirugía articular, una prótesis de cadera o de rodilla, la enfermedad sistémica de tejido conectivo, la infección de piel, la infección con VIH tipo 1 o la enfermedad de *lyme* (garrapata) aumentan significativamente la probabilidad de artritis séptica.³

Sintomatología y tratamiento

Más del 50% de los pacientes tienen dolor súbito al movimiento, hinchazón en una o pocas articulaciones (15%) y fiebre; más raros son escalofríos, sudoración y rigidez. La rodilla suele afectarse en el 50% de los casos y también puede haber manifestaciones en las muñecas, tobillos y cadera. La infección viral suele dar dolor poliarticular, su inicio es gradual y la fiebre leve y por lo general mejora sin medicamentos. En ambas etiologías,


los esteroides dan buenos resultados y cuando el origen es bacteriano se usan antibióticos.

Pruebas de laboratorio

Examen del fluido sinovial: ayuda a distinguir artritis infecciosa (resultados: no inflamatorio, inflamatorio, infeccioso o hemorrágico). Se evalúan claridad del fluido, color, glóbulos blancos y su diferencial, glóbulos rojos y glucosa. Son importantes la determinación rápida de glóbulos blancos (WBCs) y el porcentaje de neutrófilos (PMNs). En procesos infecciosos los glóbulos blancos están en el rango de 50000-200000/mL y los neutrófilos sobre 90% (ref.: bajo 25%), el fluido es opaco (ref.: transparente a amarillo pálido) y hay hematíes (ref.: sin glóbulos rojos). En casos no inflamatorios el fluido es transparente, WBC < 3000/mL, PMNs < 30%, RBC:0).

Cultivo, tinción de Gram y evaluación para cristales: son positivos solo en el 50% de los casos; un cultivo negativo no descarta artritis séptica. A veces se puede solicitar ácido úrico, complemento, ácido láctico, PCR para DNA de bacterias, micobacterias, o tinciones como *acid fast*. En casos de sospecha de artritis séptica por hongos se puede obtener cultivo y tintes especiales.

Comentario

El diagnóstico siempre debe basarse en evidencia y las manifestaciones clínicas deben utilizarse para el manejo óptimo, por lo que la experiencia en manejo de enfermedades músculo-esqueléticas por parte del médico es importante. Cuando se hace un diagnóstico temprano y se inicia rápido el tratamiento adecuado, se optimiza el pronóstico. 

Referencias

1. Cook PP, Siraj DS. Bacterial arthritis. In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al., eds. *Kelly's Textbook of Rheumatology*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2013:chap 109.
2. Catherine J. Mathews and Gerald Coakley. Septic arthritis: current diagnostic and therapeutic algorithm. *Current Opinion in Rheumatology* 2008, 20:457-462.
3. McPherson. Pincus Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods; Elsevier Saunders; 22 Ed.492-494.